



Número: **0025138-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.306,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74576727	03/02/2021 16:21	2738631_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00251383420208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão Na mandíbula com repercussão leve (10%), efetuando o pagamento no valor de R\$2.193,75:

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando as mesmas lesões antes detectadas pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão na mandíbula com repercussão leve (25%).

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.193,75.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 2 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0025138-34.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 23ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.306,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74576729	03/02/2021 16:21	ANEXO 1	Outros (Documento)



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPL DE SAÚDE
SAMU SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Sr (a) **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**, CPF-135.962.654-96, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por este serviço ao mesmo com ID – **0333**, REG- **23.638** no dia 25 de novembro de 2018, às 15:h e 48min, no sítio Boqueirão, Município de Brejo da Madre Deus, com queixa de colisão moto com moto, tendo sido enviado pela **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO (USB)** que prestou atendimento a vítima no local, transportando-o para UPA 24h

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: avaliação da equipe plantonista, protocolo de imobilização de trauma, verificação de sinais, AVP e remoção.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 08 DE JANEIRO 2019

Maria Lenice C. da Silva
Coordenação SAMU

MARIA LENICE CORDEIRO DA SILVA
COORDENADORA



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE – BASE SANTA
CRUZ DO CAPIBARIBE em ____ / ____ / ____



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00491

CONTA: 000000026909-8

Autenticação:

6CFA6CD19BAD06C0587FE2647D0F044FE415C78EFA80DACBFDBA306901E69E7C





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pelo Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 171, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.532/0001-08 | Ins. Est. 0016040-60 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 EDITE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

CPF: 020.355.004-88

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
 TAQUARITINGA DO NORTE PE
 55790-000

CLASSIFICAÇÃO
 DE RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7015359751	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA DO PAGAMENTO
14/12/2018	04/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	100,75

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
41389180	UNICA	07/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	2002333442	3547386

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	119,0000000	0,73875354	87,81
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030064517-03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,83
Multa por atraso-NF 033937734-04/10/18			1,88
Juros por atraso-NF 033937734-04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734-04/10/18			0,54
TOTAL DA FATURA			100,75



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
92251328	CAI	06-11-2018	2791,00	07-12-2018	9.990,00	31	1,00000		119,00

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO		Descrição do Energia	R\$	%
ICMS	25,00	22,30		Transmissão	R\$ 4,17	4,57%
PIS	0,79	0,70		Distribuição (Cargas)	R\$ 10,50	11,60%
COFINS	3,21	3,22		Perdas de Energia	R\$ 6,14	6,58%
				Energia Solarizada	R\$ 5,02	5,52%
				Tributos	R\$ 28,22	29,30%
				Total	R\$ 54,05	100%

PERÍODO DE CONSUMO	Consumo (KWh)
DEZ 18	119
NOV 18	126
OUT 18	108
SET 18	108
AGO 18	96
JUL 18	100
JUN 18	127
MAY 18	134

Tarifas Aplicadas	Consumo (KWh)
Consumo Ativo (KWh)	119,00





Companhia Celpe de Seguros e Previdência
Av. Rui Barbosa, 715 Loja B
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Endereço: Rua Manoel de Medeiros, 100
Recife/PE CEP: 51010-000

CNPJ: 06.943.338/0001-66

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01

Atividade: 63.21-20/01



1219484604

Formulario de registro de seguro, com campos para nome, data de nascimento, endereço, e outras informações pessoais.

1219484604

Formulario de registro de seguro, com campos para nome, data de nascimento, endereço, e outras informações pessoais.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pelo Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 171, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.532/0001-08 | Ins. Est. 0016040-60 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 EDITE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS 280

CPF: 020.355.004-86

PAO DE ACUCAR/PAO DE ACUCAR
 TAQUARITINGA DO NORTE PE
 55790-000

CLASSIFICAÇÃO
 DE RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7015359751	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
14/12/2018	04/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	100,75

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
41389180	UNICA	07/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
7/12/2018	2002333442	3547386

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	119,000000	0,73875354	87,81
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,30
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030064517-03/09/18			0,71
ICMS Subvenção-CDE-NF 033937734-04/10/18			0,83
Multa por atraso-NF 033937734-04/10/18			1,88
Juros por atraso-NF 033937734-04/10/18			0,73
Atualização IGPM-NF 033937734-04/10/18			0,54
TOTAL DA FATURA			100,75



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
9275138	CAI	06-11-2018	2791,00	07-12-2018	9.900,00	31	1,00000		119,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS	CONSUMO (KWH)
DEZ 18	119
NOV 18	126
OUT 18	106
SET 18	106
AGO 18	96
JUL 18	100
JUN 18	127
MAY 18	134

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	88,21	25,00	22,30
PIS	88,21	0,75	0,70
COFINS	88,21	3,81	3,32

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	24,16	21,57%
Transmissão	4,17	4,57%
Distribuição (Cargas)	10,50	21,80%
Perdas de Energia	6,14	6,55%
Energia Solarizada	5,02	5,52%
Tributos	20,22	20,30%
Total	88,21	100%

Consumo Ativo (kWh)

TAXAS APLICADAS

9,92182000



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar os ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.132/96.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534, GP, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o nº 135.962.654/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAR da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o nº 135.962.654/95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos:

☒ Recuso Informar

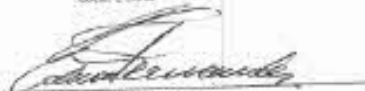
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, ressaltando que a falsificação de documentos é crime, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA JOAO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750000
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
apiquem94@yahoo.com.br		(81) 96630454	(81) 81335022

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar os ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.132/96.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534, GF, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o nº 135.962.654/95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF sob o nº 135.962.654/95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos:

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, ressignificando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CPF <u>55750000</u>
Email <u>apiquem94@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 96630454</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>

SURUBIM/PE, 24 de JANEIRO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEDRO DA SILVA,
RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 972.076.244/68, com
domicílio na cidade de LAFRANCA DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PONTO DO PAO DE AZEITE, nº 5/M,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG.150
Ano: 2008
Placa:
Chassi:
Data do Acidente: 25/11/2018.
Local e Data: LAFRANCA DO NORTE (PE), 27/12/2018.

JOSE PEDRO DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclama)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ PEDRO DA SILVA,
 RG nº 4.248.426, data de expedição 27-06-05,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 992.076.244/68, com
 domicílio na cidade de LAGOATINGA DO NORTE, no Estado do
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PARADO DO PÃO DE AZÚCAR, nº 5/A,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO.
 Veículo: Motocicleta
 Modelo: Kawasaki CB 150
 Ano: 2008
 Placa: KPT 4683
 Chassi: 9C2K008108R182922
 Data do Acidente: 25/11/2018.
 Local e Data: LAGOATINGA DO NORTE (PE), 27/12/2018.

José Pedro da Silva
 Assinatura do Declarante

José Pedro da Silva Filho

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PEDRO DA SILVA,
 RG nº 4.848.426, data de expedição 27/06/05,
 Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 972.076.244/68, com
 domicílio na cidade de LAFRANCA DO NORTE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PONTO DO PAO DE AZEITE, nº 5/M,
 complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, cujo o condutor era
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO.
 Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda CG.150
 Ano: 2008
 Placa:
 Chassi:
 Data do Acidente: 25/11/2018.
 Local e Data: LAFRANCA DO NORTE (PE), 27/12/2018.

JOSE PEDRO DA SILVA
 Assinatura do Declarante

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclama)





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT. 069043





FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 6:48 min
Nome: Jose Pedro da Silva Farias Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 21 Nascimento: 1/1 Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
País: _____
Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
PA: 120 x 70 mmHg HGT: 84 FC: 132 FR: 18 SaO2%: 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Uso _____

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia () Cianose () Estridor () PC < 50 > 140 () FR > 32 vpm () Extremidades frias () Pulso fraco ()
Pulso ausente () Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg () Letargia () Convulsionando ()
Inresponso ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso () Lesão grave ()
C/ imaduras > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas () Hipoglicemia com sudorese intensa ()
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 () FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 190 mmHg () PAD > 130 ()
Febre > 39°C () Febre com imunodepressão () Convulsão nas últimas 24h () mucosas ressecadas ()
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas () Abuso sexual () Dor abdominal ou torácica intensa ()
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa () história até 72h de:
Melenas () Hematêmese () enterorragia () epistaxe () Acidente perfuro/cortante c/ mat. biológico ()
OBS: _____



Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa ();
Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV ();
PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com
História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: Infarto de miocárdio de médio porte, tratado pelo Dr. Carlos Roberto da Silva, com tratamento
medicamentoso e com alta médica da clínica.

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou
recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou
diarréia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos ();
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: Medicina ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Paciente masculino, 65 anos, com queixas de dor no peito, com
trauma no tórax e umidade no pulmão. O mesmo
paciente já foi tratado com antibióticos, corticoides, entre outros,
e não houve melhora. PPE e exames.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica: Pneumonia

Conduta: 1. Suscet. oral (v) + Trato. 30x 2x 1m (v)
2. Fluo x de 1000 + Vaso D + analg.
Exame para avaliar o tratamento e evol.

ASS. E CARIMBO _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome

Jose Pedro da Silva

Chocuninhomito

- Pot/ Vítima de acidente motorista
- tica, moto q/moto de acidente de
- nesta unidade trechos para STW
- Pot/ Refeição de res na mandibula,
- e ombro (1).
- Ao EX - Foi detectado fratura na
- mandibula e costela do ombro
- do ombro (1)
- EG - Paciente elástico, mas,
- consciente e orientado
- Solicito avaliação do trauma de
- torção.

Data

25/11/2018

Grato,

Rep. Cruz do Capibaribe
Médico
CRM-PE 19881

Nome

LRA

Medicamentos

Ossuário: 5564256

Local



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro de Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parafuso ② e corpo ⑤)
mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório de Dr. Antônio Viana, dia

18/12/18

7 horas



TRATAMENTO REALIZADO:

Osso crânio de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Joaquina Antunes
Cirurgiã - Trauma
Boca-Maxila
CRM 12262

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 457629

Procedimento: 330102

Nome: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data Nasc.: 08/08/1985

Idade: 34

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDOS

Religião:

CPF:

RQ:

GNS: 0960048747752

Endereço: RUA SANTA LUZIA

Nº: 33

Bairro: PAZ DE AGUIAR

Cidade: TAQUARITINGA DO NORTE

Estado: PE

CEP: 5570000

Forma de Acesso:

Profissão: AUTÔNOMO

Nome da Mãe: ERIQUEIDE BARBOSA DA SILVA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATQ COM VICTIMOLETA

Clinica: ODONTOLÓGICA TRIMMILIM R

2 - ATENDIMENTO

Data: 05/11/2018

Médico: MEDICO PLACENTONISTA

Exame Principal: HDA

Exame de corpo

Exame Físico:

PA:

FC:

FR:

Exame físico de corpo - realizado com 12 elet
Dr. Placenta

Diag. Provisório:

Dr. Placenta
05/11/2018

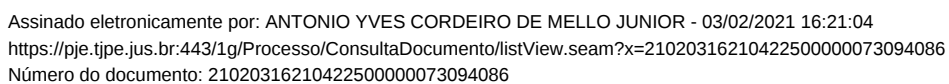
Prescrição:

Dieta:

Horário

Data:





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Joz Pedro de Silva Filho Nº de Registro: 33.0102
 Códex: 00F Nº de Lado: R2
 Operador: D. Anton Viana
 Assistente: D. Patricia Fernandes
 Instrutor: D. Leonardo Nunes
 Anestesiado: _____
 Anestesia: _____
 Data de Coação: _____
 Início: _____
 Fim: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura simples da mandíbula

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Operação Realizada: Oti condutiva da patina simples da mandíbula

Operação Realizada: O mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) paciente em ABG, rot condutiva geral
- 2) Anestesia + Antisepsia + limpeza das cavidades envolvidas
- 3) Anestesia local infiltrativa + imobilização da mandíbula superior
- 4) lavagem + drenagem + desobstrução + limpeza das bases de patina
- 5) 6.0.0.0 com ABG (2.0.0.0) perfuração vertical 2.0.0.0
- 6) Condutiva e fixação da patina com 2.0.0.0 (4.0.0.0) placas
 3.0.0.0 + perfuração
- 7) Imobilização com 5.0.0.0, 4.0.0.0
- 8) Sutura
- 9) Remoção da mandíbula superior
- 10) Lavagem

Prof. Dr. Joz Pedro de Silva Filho
 Cirurgião Geral - R.O. 205.412
 Conselho Regional de Odontologia - CRO-PE 0711





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o Sr. **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO** nascido em 08/08/1995 esteve nesta unidade hospitalar no dia 25/11/2018 por volta das **17h09min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 14 de JANEIRO de 2018



ATENCIOSAMENTE


JOSE ADEMIR PEREIRA
DIRETOR
MAT. 069043





FICHA DE ATENDIMENTO

RECEPCIONISTA: _____ Data: 25/11/18 Hora: 6:48 min
Nome: Jose Pedro da Silva Farias Nº do Prontuário: _____
RG: _____ Idade: 21 Nascimento: 1/1 Nº SUS: _____
Estado Civil: _____ Profissão: _____ Fone: () _____
Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Acompanhante: () Sim Não () Nome: _____
País: _____
Mãe: _____

Dados da Triagem: (Técnico de enfermagem) Horário: _____ min
PA: 120 x 70 mmHg HGT: 84 FC: 132 FR: 18 SaO2%: 98%

Dados da Classificação: (ENFERMEIRO) Horário: _____ min

Doenças preexistentes: _____

Alergias: Uga

Uso de medicações: _____

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

Apnéia () Cianose () Estridor () PC < 50 > 140 () FR > 32 vpm () Extremidades frias () Pulso fraco ()
Pulso ausente () Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg () Letargia () Convulsionando ()
Inresponso ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso () Lesão grave ()
C/ imaduras > 25% de SC ou acometimento de vias aéreas () Hipoglicemia com sudorese intensa ()
OBS: _____

CLASSIFICAR COMO AMARELO:

Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 16 () FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 190 mmHg () PAD > 130 ()
Febre > 39°C () Febre com imunodepressão () Convulsão nas últimas 24h () mucosas ressecadas ()
Queimaduras de 1° e 3° graus em áreas não críticas () Abuso sexual () Dor abdominal ou torácica intensa ()
Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neurovascular ou dor intensa () história até 72h de:
Melenas () Hematêmese () enterorragia () epistaxe () Acidente perfuro/cortante c/ mat. biológico ()
OBS: _____



Idoso com queixas (); TCE sem perda de consciência (); Febre sem outros sinais clínicos (); Lombalgia intensa ();
Retorno com >24h (); Entorse, suspeita de fraturas, luxações (); Dor abdominal sem alterações de SSVV ();
PAS entre 160 a 190mmHg sem sintomas (); PAD entre 110 e 130mmHg sem sintomas (); Dor de garganta com
História de febre e com placas sem toxemia ().

OBS: Infarto de miocárdio de médio porte, tratado pelo Dr. Marcelo Silva, com tratamento
medicamentoso e com alta médica da clínica.

CLASSIFICAR COMO AZUL

Queixas crônicas sem alterações agudas (); Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal (); Coriza crônica ou
recorrente (); Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas >6h (); Curativos ou ret. de pontos (); Vômitos ou
diarréia sem desidratação (); Constipação intestinal sem outros sintomas (); Administração de medicamentos ();
Solicitação de atestados, exames ou receitas não urgentes ().

OBS: _____

CLASSIFICAÇÃO: VERMELHO ☐ AMARELO ☐ VERDE ☒ AZUL ☐

ENCAMINHADO: Médico ASS. E CARIMBO: _____

ORIENTAÇÃO ASSISTENTE SOCIAL: _____

MÉDICO: _____

Histórico do paciente: Paciente masculino, 65 anos, com queixas de dor no
peito, há 15 dias, com início súbito, dor tipo aperto, irradiando para
o braço esquerdo, com sudorese, náusea e vômito.

Exame Físico: _____

Hipótese diagnóstica: Polipose

Conduta: 1. Sinais vitais (CV) + Tensão 120x80 mmHg
2. Plano x de tórax + UECG + exames
3. Exame para exclusão de trombose e AVC

ASS. E CARIMBO _____





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome

Jose Pedro da Silva

Chocuninhomito

- Pat/ Vítima de acidente motorista
- tica, moto q/moto decolhada
nesta unidade trechos para SRM
- Pat/ Refecção de dentes na mandíbula,
e ombro (1).
- Ao EX - Foi detectado fratura na
mandíbula e cabeça do ombro
do ombro (1).
- EG - Paciente elástico, mas
consciente e orientado
- Solicito avaliação do trauma de
topografia.

Data

25/11/2018

Grato,

Dr. Carlos Eduardo
Medeiros
CRM-PE 19881

Nome

LRK

Medicamentos

Ossuário: 5564256

Local



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Pedro da Silva Filho

Prontuário: 330102

Data: 05 / 12 / 18

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura completa de mandíbula (parafuso B e corpo C)
mandibular)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Retorno ao ambulatório de Dr. Antônio Viana, dia

18/12/18

7 horas



TRATAMENTO REALIZADO:

Osso crânio de fratura de mandíbula

Alta Hospitalar: Data: 12 / 12 / 18

Hora: 08:30

Dra. Joaquina Antunes
Cirurgiã - Trauma
Boca-Maxila
CRM 12262

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Qualificação Civil

Nome: JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO

Loc. Nas: CARAPINA GRANDES - BA - PB DATA 08.08.1965

Filho de: JOSÉ PEDRO DA SILVA E

ERNEIDE RIBEIRO DA SILVA

Doc. No. 51.68.74-16 T-4-44U-CACT-TA-28-NORTE-PE

Estrangeiros

Chegado ao Brasil em: / / Doc. Ident. Nº

Exp. em: / / Prazo

Oss:

Data Emissão: 09 / 07 / 2014 SRT-TA-28-NORTE-PE

[Assinatura]
Assinatura do Funcionário





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

17/01/2019 15:23



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DI VAY
CONFIRMACAO REAL VERIFICACAO
28 JAN 2018
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa B
Rio de Janeiro - RJ CEP: 22211-040



Qualificação Civil

Nome: JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO

Loc. Nas: CARAPINA GRANDES - RJ

Data: 08.08.1965

Filho de: JOSÉ PEDRO DA SILVA E

ERNEIDE RIBEIRO DA SILVA

Doc. No. 51.68.74-16 - 14-4449 CART. T. 28. NORTE RJ

Estrangeiros

Chegado ao Brasil em: / / Doc. Ident. Nº

Exp. em: / / Prazo

Oss:

Data Emissão: 09 / 07 / 2004 SRT. TAB. 20. NORTE RJ

[Assinatura]
Assinatura do Funcionário





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **135.962.654-95**

Nome: **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **08/08/1995**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/01/2016**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:23:10** do dia **17/01/2019** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **4E60.0417.A470.B5E5**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"

(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

17/01/2019 15:23





Companhia Celpe de Seguros e Previdência
Av. Rui Barbosa, 715 Loja B
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

BRASIL DO CARIBE
ADREIA ASSURANCE DE A RESERVAS

CPF: 04.138.44-66

ADMINISTRADOR

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

DELEGADO

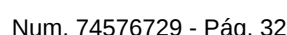


1219484604

Form for registration of the company, including fields for name, address, and contact information.

1219484604

Form for registration of the company, including fields for name, address, and contact information.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES		Nº 013935982702	
DETRAM - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		DATA DE EMISSAO: 2002	
SMTX - E		DATA DE EMISSAO: 2002	
1 960594925		*****	
JOSE PEDRO DA SILVA		COR	
TORITAMA-PE		COR (Cód)	
975.07C.244-56		BLACK	
*****/05		ESTRUTURA	
3025C03199410222		CHASSI	
*****/05		CHASSI	
225 / MOTORCICLISMO / MOTOCICLO - TAN GASOLINA		COMBUSTIVEL	
MARCHA / MODELO		MOTOR (CV)	
MOTOCICLO / C6 150 TITAN ES		2002 2008	
CAPACIDADE		CATEGORIA	
25 / 149CL		A / 149CL	
COTA UNICA		VEICULO DATA DE EMISSAO	
1 1575A-2018 QUITADO		1 2002	
P 1575A-2018 QUITADO		2 2002	
V 1		3 2002	
PREMIO TRAFEGO PRE		COT. DES.	
SECUCO PAGO		SECUCO TRAFEGO	
3EN RESERVA		OBSERVAÇÕES	
TORITAMA-PE		DATA	
2002/03/18		2002/03/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro		Charles Andrews Sousa Ribeiro	



GRADE 2nd/3rd IF PC CRP 25750000

E-mail: ayagaw@net.net; ayagaw@net.com; telephone (87) 96650454

24 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA PESSOAL COM DOCUMENTOS QUE CONTEREAM

DECEMBER 1997

CONS. REPRESENTANTE LOCAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 13 ANOS, PODE TER DOU MAG.

Gente Seguradora S/A
R. Rui Barbosa, 714 Lapa 5
Rio de Janeiro, RJ - 20071-000

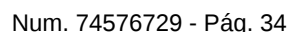
CERTIFICADO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDICAÇÃO DA VITIMA (CERTAMU) COM DOCUMENTOS QUE

ONE REPRESENTATIVE LOCAL CULTURE REPRESENTS A VITAL LINK OF OUR PAST AND FUTURE

USUÁRIOS DESSE PERÍODO

IDENTIFIANT: 200900087331 NE

NCMS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA
FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3190672804

Cidade: Taquaritinga do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do acidente: 25/11/2018

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PLACA E PARAFUSOS EM MANDÍBULA PG. 3, DEMAIS CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequelas

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas: APRESENTA LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS EM GRAU RESIDUAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
EM OMBRO DIREITO EM GRAU LEVE.Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	26 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açúcar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 - SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/12/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018

OUTORGANTE:

Jose Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO, portador do RG nº 9.988.412 SDS/PE e CPF 135.962.654-95, brasileiro, alfabetizado, solteiro, agricultor, nascido em: 08/08/1995, filho de: Jose Pedro da Silva e Erineide Barbosa da Silva, domiciliado e residente Rua Manoel Severino dos Santos, 282, Pão de Açúcar, Taquaritinga do Norte - PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seu bastante procurador o Sr **EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileiro, alfabetizado, funcionário público aposentado, portador do RG nº 3.092.028 - SSP/PE e CPF nº 574.940.534-68, domiciliado e residente na Rua João Batista, nº 370, Centro, Surubim-PE. Por seu representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **JOSE PEDRO DA SILVA FILHO**, portador do CPF 135.962.654-95, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **25/12/2018**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer repartições pública ou bancária, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe for apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

TAQUARITINGA DO NORTE-PE, 27 de DEZEMBRO de 2018

OUTORGANTE:

Jose Pedro da Silva Filho
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031323/19

Número do Sinistro: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

D Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

CPF: 106.719.384-79

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429437/19

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

CPF: 135.962.654-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/11/2018

Titular do CPF: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO : 135.962.654-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data de apresentação: 03/12/2019
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072596

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo Incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 0003502026 - carta_03 -INVALIDEZ



Carta nº 13877108





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190072596 Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 1387718

Pag. 0000000000 - carta_01 - INVALIDEZ

0000000000





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190672804 Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 3173801740 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15196707





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1586 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672804

Vítima: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.193,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 341

Agência: 000000491

Conta: 0000026909-8

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Pag. 3138201386 - cartão_1951 - INVAL. PERM.

00000009





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

13596265495

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAT SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel (DDD):

(84) 96650454

Declaro, para todos os fins de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAMENTO:

☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (poder no banco)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a liberação do crédito, quitando total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que:

☒ Não há IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou☐ O IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme estabelecido, considerando, de fato, a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e extensão da invalidez permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei nº 154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa privar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do falecimento da vítima:Grupo de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às 12:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSCOSO - PÃO DE
AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Possível(s) envolvido(s) no ocorrido:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSE PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) no ocorrido:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de Sr(a): JOSE PEDRO DA SILVA

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de Sr(a): JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Não: ERNEIDE BARBOSA DA SILVA Pol: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 08/11/1995 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 200, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairros: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mar: , Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Data de Nascimento: 15/01/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOAS - BREJO DA MADRE DE DEUS - CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KPT4683 (PERNAMBUCO/TORITANA)** Reserva: **963964974** Chassi: **9C2K03108R182922**
Ano/Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KPT 4683 PELA ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332, CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO

500688
0031323/19



16/01/2019

Secretaria de Defesa Social - INFCRPO

CAPIMBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO.

Assinatura de(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Pedro da Silva Filho
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Renato Henrique Mesquita Videres* **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: 3875342



<https://securty.sds.ba.gov.br/arquivos/VerificaBoA/2019/01/28/2528617-75472956729-000000073094086.pdf>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 130ª CIRCUNSCRIÇÃO - TAQUARITINGA DO NORTE - DP130ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0220000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/01/2019 às 12:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 25/11/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 1, SÍTIO LUIS DO MOSCOSO - PÃO DE
AÇÚCAR - TAQ. DO NORTE - Bairro: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Possesso(s) envolvido(s) no ocorrência:

JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSE PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSE PEDRO DA SILVA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de Sr(a): JOSE PEDRO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de Sr(a): JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Não: ERNEIDE BARBOSA DA SILVA Pol. JOSÉ PEDRO
DA SILVA Data de Nascimento: 08/11/1995 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TAQUARITINGA DO NORTE, 200, RUA MANOEL SEVERINO DOS SANTOS - PÃO DE AÇÚCAR -
TAQ. DO NORTE - CEP: 0 - Bairros: CENTRO - TAQUARITINGA DO NORTE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mar.: Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL**

**JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Data de Nascimento: 15/01/1995 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 767, SÍTIO BARRA DE TABOAS - BREJO DA MADRE DE DEUS -
CEP: 55000-000 - Bairros: CENTRO - BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA
SILVA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KPT4683 (PERNAMBUCO/TORITANA)** Reservar: **963964974** Chassi: **9C2K03108R182922**
Ano/Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGC1332 (PERNAMBUCO/TAQUARITINGA DO NORTE)**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 25/11/2018, POR VOLTA DAS 16:00HS, CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA KPT 4683 PELA
ESTRADA DO SÍTIO LAGE NO SENTIDO PÃO DE AÇÚCAR QUANDO COLIDIU COM A MOTOCICLETA DE PLACA PGC 1332,
CONDUZIDA POR JOSIVALDO CLEMENTE DA SILVA QUE TRAFEGAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM
AMBOS OS CONDUTORES, ONDE FORAM SOCORRIDOS POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA UPA DA CIDADE DE SANTA CRUZ DO**

500688
0031323/19



16/01/2019

Secretaria de Defesa Social - INFCRPO

CAPIMBARIBE E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FORAM TRANSFERIDOS PARA O HRA DA CIDADE DE CARUARU, ONDE AMBOS FORAM SUBMETIDOS A TRATAMENTO CIRURGICO.

Assinatura de(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Jose Pedro da Silva Filho
JOSÉ PEDRO DA SILVA FILHO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Renato Henrique Mesquita Videres* **RENATO HENRIQUE MESQUITA VIDERES** - Matrícula: 3875342



<https://securty.sds.ba.gov.br/arquivos/Arquivos/2021/02/03/2021020316210422500000073094086.pdf>





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE

NR do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

13596265495

JOSE PEDRO DA SILVA FILHO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAT SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Cidade:

Tel (DDD):

(84) 96650454

Declaro, para todos os fins de direito, reside no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAMENTO:

☒ RECUSO INFORMAR☐ ATÉ R\$1.000,00☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (destinada para os bancos abertos. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (003)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (poderá ser banco)

Nome do BANCO: ITAÚ

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/resolução do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a extinção do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que:

☒ Não há IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência ou☐ O IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou☐ O IML, que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de prazo.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme previsto no artigo 154/IV, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prova de culpa ou responsabilidade criminal por infração do artigo 222 do Código Penal.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:Grupo de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:Vítima deixou filhos? ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou filhos, informar o nome completo:

Elijo o cliente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando o cliente, ainda, de qualquer maneira, obrigado a pagar a obrigação da rescisão do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 222 do Código Penal.

Local e Data: TAQUARITINGA DO NORTE/PE

24/01/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A BOCA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura:

2º Nome:

CPF:

Assinatura:

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher o e assinar o presente formulário, A SEU BOCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes de preencher e assinar.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

